TUBERCULOSE, CULTURA E SAÚDE PÚBLICA

DOMINIQUE BUCHILLET
IRD[1]/ISA[2]

Este trabalho versa principalmente sobre os aspectos socioculturais ligados à questão da tuberculose (TB). Baseia-se no material de campo que coletei entre os Desana e Tariana, dois grupos indígenas da região do alto Rio Negro (estado do Amazonas), assim como sobre a literatura internacional em antropologia da saúde.

Introdução

A tuberculose, uma doença infecto-contagiosa causada por uma micobactéria, o bacilo de Koch (BK, *Mycobacterium tuberculosis*) que se transmite, principalmente, por via aérea de uma pessoa doente para um indivíduo sadio, constitui em escala mundial um sério problema de saúde pública, sendo o Brasil o sexto país do mundo em termos de número absoluto de casos de tuberculose (após as Filipinas, África do Sul, Índia, Vietnã e Rússia). O Ministério da Saúde (MS) registra oficialmente entre 80.000 e 90.000 novos casos por ano, sendo o coeficiente anual da ordem de 54 a 58 novos casos por 100.000 habitantes, variando conforme os anos (MS, 1999). Considera, no entanto, que o número real esteja mais no patamar dos 130.000 novos casos anuais em razão das deficiências do sistema de assistência e de controle dessa doença e, especificamente, da inexistência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos (ibid).

1. Institut de Recherche pour le Développment (França).
2. Instituto Socioambiental. Convênio de cooperação CNPq (ISA/IRD).

Entre as populações indígenas no Brasil, a tuberculose é um fator de morbidade e de mortalidade importantes. Os dados epidemiológicos disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Foram, assim, registradas taxas de incidência anuais da ordem de seis casos por mil habitantes entre os Yanomami de Roraima (FNS, 1996). Taxas de incidência muito altas foram também registradas entre outros grupos indígenas, como, por exemplo, entre os Deni (CIMI, 1995), os Pakaánova/Wari´ (Escobar e Coimbra, 1998), os Surui (Coimbra, 1989), os Xavante (Amarante et al, 1996), os Xokleng (Wiik, 1999, comunicação pessoal) e em vários outros povos no país (Costa, 1986; Miranda et al, 1988). No Rio Negro, região do noroeste amazônico, dados históricos comprovam que essa doença constitui um sério problema de saúde pública desde o início do século XX, sendo sua taxa de incidência anual superior a três casos por mil habitantes (Buchillet e Gazin 1998). Vale ressaltar que a deterioração das condições de vida dos índios em decorrência do contato com os brancos,[3] os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüístico-cultural) aos serviços de saúde, bem como os tratamentos mal conduzidos (o médico não segue as normas técnicas editadas pelos programas nacionais de controle da tuberculose) ou mal seguidos (fraca adesão ao tratamento por parte dos doentes) favorecem a manutenção da endemia tuberculosa entre os índios.

Características clínicas e história natural da tuberculose

Quatro características da tuberculose são importantes para a compreensão da problemática dessa doença:

1. Trata-se de uma doença com evolução e disseminação lentas nas sociedades humanas. Seu período de incubação e de contágio é de duração variável, podendo durar anos, sendo geralmente silencioso no plano clínico.

3. Não é demais relembrar a estreita relação entre o nível de saúde geral de uma população e a tuberculose, tendo esta última um forte componente socioeconômico.

2. Diferentemente da maioria das doenças infecto-contagiosas, infecção e doença, no caso da tuberculose, não são processos simultâneos. Considera-se, geralmente, que em 90% das pessoas infectadas, as defesas imunológicas são suficientes para impedir a multiplicação e a dispersão das micobactérias dentro do seu corpo. No entanto, em 10% dos casos, a infecção torna-se patente: é a tuberculose-doença. Cinco por cento das pessoas desenvolvem-na nos dois anos seguintes à infecção, os outros 5%, no restante da sua vida (Sudre, 1993; Perronne, 1995). Cabe ressaltar, no entanto, que esse risco aumenta em caso de imunodepressão, induzida por certas condições patológicas – por exemplo, a infecção pelo HIV (o Vírus da Imunodeficiência Humana), o sarampo, a doença de Hodgkin, o câncer da cabeça ou do pescoço ou o diabetes, pelo mau estado geral de saúde, alcoolismo ou por carências nutricionais, entre outros. Por fim, fatores socioculturais e econômicos específicos podem determinar diferenças de gênero, tanto ao risco de exposição à infecção e de desenvolvimento da doença, quanto à busca e/ou à adesão ao tratamento (situação econômica, divisão sexual do trabalho, padrões de socialização, valores culturais associados à saúde da mulher, dependência econômica desta última, etc; cf. Hudelson, 1996).
3. A resistência que se desenvolve após a recuperação de uma infecção primária (consecutiva à inalação do BK e sua implantação nos alvéolos pulmonares) nem sempre é suficiente para desembaraçar o corpo humano dos BK. Estes podem hibernar no organismo e a tuberculose-doença aparecer a partir de focos tuberculosos quiescentes, contemporâneos da infecção primária, após um período de tempo variável, freqüentemente, de vários anos. É o que se chama reativação endógena. Isso pode ocorrer, por exemplo, na ocasião de uma queda das defesas imunológicas.
4. A inexistência de um signo patognômico da tuberculose pulmonar, isto é, específico dessa doença. Alguns sintomas evocadores, como a tosse prolongada, a expectoração, a hemoptise, a febre vespertina, embora considerados pelos médicos como compatíveis com um diagnóstico de tuberculose pulmonar, podem assim se encontrar em várias outras doenças (bronquite, pneumonia, câncer, etc.).

Incubação silenciosa, caráter crônico, distinção infecção/doença, possibilidade de recaída são, portanto, algumas das características clínicas e epidemiológicas da tuberculose mais importantes em termos de conduta preventiva e terapêutica. Impõem, de fato:

a) a quimioprofilaxia dos comunicantes, isto é, a administração de um antituberculoso aos próximos infectados (mas não doentes) de pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar.[4]
b) a necessidade do doente seguir o tratamento até o fim. Vale lembrar que no Brasil é aplicada a quimioterapia de seis meses que comporta uma fase de ataque de dois meses, associando três antituberculosos maiores (Isoniazida/INH, Rifampicina/RMP e Pirazinamida/PZA), durante a qual o doente é geralmente hospitalizado. Essa fase é seguida de uma outra de manutenção de quatro meses associando INH e RMP, sendo geralmente efetuada em regime ambulatorial.[5] A interrupção prematura do tratamento, a tomada irregular dos remédios, ou o uso anárquico dos seus componentes podem propiciar uma recaída, possibilitando, portanto, novas contaminações. Podem também favorecer o desenvolvimento de cepas resistentes aos antibióticos. Daí a importância da supervisão do tratamento que visa igualmente, averiguar a aparição dos efeitos colaterais dos remédios.

---

4. No Brasil, os menores de 5 anos de idade, não vacinados pelo BCG, reatores à prova tuberculínica, com exame radiológico normal e sem sintomatologia clínica compatível com um diagnóstico de tuberculose, bem como os indivíduos HIV-positivo e as pessoas com um histórico de tuberculose mal tratada são considerados como de alto risco em relação à tuberculose, sendo susceptíveis de serem submetidos à quimioprofilaxia. A quimioprofilaxia consiste na administração de Isoniazida durante seis meses no mínimo.

5. Trata-se do esquema I praticado no Brasil e indicado para pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar (exceto meningite) e sem tratamento anterior. Existem outros regimes terapêuticos para as recaídas, a meningite tuberculose e o fracasso do tratamento (MS, 1995).

Tuberculose, cultura e observância terapêutica

A tuberculose é uma doença tecnicamente controlável: dispõe-se de um método de diagnóstico (baciloscopia direta de escarro) e de um tratamento eficazes. É preciso, no entanto, que os programas nacionais de controle e de luta contra essa doença ofereçam a totalidade dos tratamentos – o que nem sempre é o caso –, que os profissionais de saúde sigam as normas técnicas editadas pelos ministérios da saúde dos seus países, que o doente tenha acesso ao tratamento e que tome, efetivamente, os remédios conforme as prescrições médicas (posologia, periodicidade, duração, etc.). Neste último aspecto, estima-se, tanto nos Estados Unidos (CDC, 1994) quanto no Brasil (MS, 1999), que cerca de 25% dos doentes não seguem o tratamento até o fim. Esses dados são provavelmente subnotificados.

Vale ressaltar que a não adesão ao tratamento não é um problema específico da tuberculose, sendo encontrada por todos os médicos no quadro da sua prática e ligada em parte à complexidade e duração do tratamento (Sbarbaro, 1980). Gênero, idade, estado civil, nível de educação, origem étnica ou condições socioeconômicas não permitem prever o grau futuro de adesão ao tratamento por parte do paciente (ibid.).

Contrariamente a uma opinião médica freqüentemente emitida que atribui única ou principalmente o fracasso do tratamento à "obstinação", "desobediência", "ignorância", "má vontade", "fraca motivação", "superstição", "irresponsabilidade" ou a outros traços peculiares dos doentes, pesquisas em antropologia da saúde voltadas para os aspectos sócio-culturais ligados à questão da tuberculose mostraram que pacientes voluntária e antagonicamente não-observantes constituem exceção e não a regra (Donovan e Blake, 1992). Enfatizaram, além disso, que a adesão ao tratamento é um problema multifatorial que foge às vezes ao controle do paciente: questões logísticas, fatores ligados ao relacionamento médico/paciente, à natureza da doença e do regime terapêutico ou ao contexto sócio-cultural do paciente condicionam, de fato, tanto a busca e o acesso aos cuidados de saúde quanto a adesão ao tratamento (Rubel e Garro, 1992; Uplekar e Rangan, 1993; Rubel e Moore, 1995).

As questões logísticas

Dizem respeito à organização, funcionamento e facilidade de acesso aos serviços de saúde, bem como ao custo (direto e indireto) dos tratamentos para os doentes. Problemas de acessibilidade geográfica com as dificuldades de transporte decorrentes, custo dos remédios, suprimento irregular dos mesmos são alguns dos problemas com os quais os pacientes podem se confrontar. Em numerosos países, os medicamentos que integram o regime padronizado nem sempre são disponíveis ou em parte, ou em sua totalidade aos programas nacionais de controle e de luta contra a tuberculose.[6] Também às vezes, o paciente deve comprá-los e numerosos doentes não têm meios econômicos para isso. Por essa razão, eles não respeitam o tratamento ou somente tomam parte dos antibióticos prescritos, o que, conforme vimos, pode ocasionar uma tuberculose resistente. Mesmo recebendo gratuitamente os remédios, como ocorre no Brasil, o doente, sob regime ambulatorial, deverá retornar ao centro médico para receber a seqüência do tratamento e efetuar um controle bacteriológico, significando para ele problemas de acesso e de custo adicionais. Assim, a acessibilidade (geográfica, econômica) aos serviços de saúde pode afetar a adesão ao tratamento. Há, por fim, indícios de que muitos médicos não seguem as normas técnicas estabelecidas pelos programas de controle e de luta contra a tuberculose de seus países.[7]

---

6. O que ocorreu no Brasil com a extinção em 1991 da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose, assim como a da Central de Medicamentos que distribuía gratuitamente os medicamentos (MS, 1999).

7. Um inquérito nas clínicas toráxicas do setor privado na Korea mostrou variações importantes em termos de prescrição de regimes terapêuticos e de duração de tratamento, com resultados inferiores aos dos centros de saúde do programa nacional de tuberculose (Hong et al, 1999). Um estudo de Cabana et al (1999) apontou como causas potenciais da adesão fraca dos profissionais de saúde às normas e regras técnicas para o tratamento de doenças diversas expedidas pelos ministérios da saúde dos seus países a "inércia", a "auto-suficiência", a "discórdia", a "ignorância", a "falta de familiaridade", a "falta de expectativa sobre o resultado", entre outras. Ver, também, Hinman, 1995.

Os fatores ligados ao relacionamento entre médicos e pacientes

Vários estudos mostraram que explicações dadas na língua dominante do país para populações étnica e culturalmente diferenciadas (migrantes, populações indígenas) freqüentemente lhes eram ininteligíveis (cf., por exemplo, Jackson et al, 1995 e Carey, 1996). De fato, as diferenças lingüísticas podem não apenas conduzir ao estabelecimento de um diagnóstico errôneo, como também dificultar a colaboração do paciente no tratamento de sua doença (Rack, 1980).

Afora os problemas de comunicação propriamente dita, as concepções dos pacientes relativas aos mecanismos e modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças podem ser diferentes daquelas do esquema ocidental, não se aplicar às mesmas doenças, nem resultar nas mesmas regras de evitação ou de proteção. Voltarei a isso mais tarde. Tais concepções afetam tanto o comportamento do doente quanto o das pessoas à sua volta, além de prejudicar a compreensão pelo doente das explicações médicas e, a um nível mais geral, a recepção das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental.

Noções importantes em matéria de tuberculose "como a possibilidade de recidiva" também podem ser avessas a muitos pacientes não-ocidentais. Para os índios Desana do Rio Negro, por exemplo, é impossível cair doente uma segunda vez com a mesma doença. Assim, a recidiva (no sentido ocidental) será percebida como nova doença, sendo suscetível, portanto, de um outro tratamento (Buchillet, 1997). No caso da tuberculose, tal concepção dificulta a compreensão pelo doente da explicação médica sobre a importância de seguir o tratamento até o fim, de modo a evitar uma recaída. Cabe ressaltar, no entanto, que, mesmo se a noção de recaída existir entre os índios, ela pode não se aplicar às mesmas doenças que no esquema ocidental.

A noção de cronicidade pode também ser dificilmente compreensível para muitas sociedades que interpretam a aparente ausência de reação da doença ao tratamento empreendido como sinal de um erro de diagnóstico. Entre os Desana, por exemplo, a não-reação quase imediata da doença ao tratamento é, principalmente, o indício de um erro de diagnóstico e, portanto, de tratamento. No caso da tuberculose, tal concepção pode pôr em questão a validade do tratamento. Com efeito, cabe relembrar que os sintomas que levaram à consulta somente desaparecem ao cabo de três ou quatro semanas.

Por fim, as nosologias indígenas organizam-se, geralmente, de maneira distinta das ocidentais: as diferentes manifestações clínicas de uma doença na concepção ocidental podem, por exemplo, ser consideradas como doenças diversas, cada uma das quais necessitando de um tratamento específico (Buchillet, 1997); inversamente, sintomas de patologias distintas na concepção ocidental podem ser considerados pelas populações locais como parte de uma mesma doença. Daí, no caso da tuberculose, a potencial dificuldade dos pacientes em entender a relação entre a quimioterapia padronizada e a extrema variedade das manifestações clínicas da tuberculose, considerando em particular que o tratamento não é apropriado aos sintomas e/ou requerendo um medicamento específico para cada tipo de sintoma (Shimada et al, 1995). Pode igualmente haver uma confusão entre sintoma e doença. Uma pessoa com tosse persistente pode, por exemplo, considerar que a tosse não é um sintoma da tuberculose, mas a doença em si (Mata, 1985). Advém daí sua dificuldade em aceitar o tratamento médico.

Em certas patologias, por exemplo no caso do sarampo, pode haver equivalência entre os referentes médicos e os locais (indígenas), embora as representações e as concepções etiológicas subjacentes sejam obviamente diferentes (Buchillet, 1995). Em outras palavras, não há correspondência termo a termo entre os sistemas de categorização e de interpretação de doenças nos esquemas ocidental e indígenas. Como se vê, as diferenças lingüísticas e culturais entre médico e paciente podem afetar a sua relação, bem como a compreensão pelo doente das informações que lhe são repassadas durante a consulta sobre a sua doença, a necessidade de seguir o tratamento até o fim e conforme as prescrições médicas sob pena de recidiva, etc.

Natureza da doença e do regime terapêutico

Vários estudos comprovaram que a natureza da doença e as características do tratamento podem afetar o grau de observância terapêutica. Doenças infecciosas agudas com sintomas dolorosos e estressantes promovem geralmente um maior grau de adesão ao tratamento que as doenças crônicas, particularmente aquelas de longa duração, como no caso da tuberculose (Bergman e Werner, 1963, apud Earnest e Sbarbaro, 1996).

A natureza do regime terapêutico também constitui um desafio, tanto para o profissional de saúde quanto para o doente, já que implica a administração e na tomada cotidiana "ou duas a três vezes por semana" de três ou quatro medicamentos durante no mínimo seis meses (ver observações anteriores).

Há igualmente o problema dos efeitos secundários dos antituberculosos que podem influir de maneira negativa sobre a adesão aos tratamentos, embora não pareçam automaticamente resultar em uma aderência fraca (Etkin, 1992; Earnest e Sbarbaro, 1996). Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, os efeitos colaterais dos medicamentos são suportáveis ou transitórios, embora, em certos casos, eles possam pôr em risco a vida da pessoa, sendo mais freqüentes nos pacientes com lesão hepática ou renal prévia (MS, 1995). Por exemplo, a Isoniazida, um dos principais antituberculosos, também utilizada em quimioprofilaxia, pode provocar náuseas, vômitos, icterícia, hiperglicemia, alucinações, depressão respiratória e do sistema nervoso central, convulsão e coma, sendo sua hepatotoxicidade mais freqüente nos indivíduos alcóolatras, nas mulheres grávidas e após o parto (Barnes e Barrows, 1993; MS, 1995 e 1999). A Rifampicina pode provocar náuseas e vômitos, urticária, broncoespasmo, manifestações hemorrágicas e a Pirazinamida, náuseas, vômitos, icterícia e artralgia, etc. Por sua parte, o Etambutol, também integrando a quimioterapia padronizada, está associado a alterações visuais (perda da visão periférica ou da acuidade visual, perturbação das cores), podendo causar até cegueira (ibid). Cabe ressaltar que os efeitos colaterais dos medicamentos podem ser considerados pelos pacientes indígenas como sintomas de uma outra doença. Entre os Desana do Rio Negro, conforme vimos, a aparente ausência de reação da doença ao tratamento empreendido, assim como o surgimento de sintomas no curso da doença, podem invalidar o diagnóstico pré-estabelecido e, portanto, o tratamento prescrito (Buchillet, 1997). Essa mesma concepção prevalece em numerosas outras sociedades, indígenas ou não. De fato, e de maneira diferente do esquema ocidental, o diagnóstico, na concepção tradicional, pode variar durante a evolução de uma doença em função de fatores propriamente clínicos e/ou extra-médicos (como, no último caso, sonhos, reminiscências do pajé ou conflitos na comunidade, entre outros). Cabe relembrar aqui a natureza essencialmente dinâmica e processual do diagnóstico da doença nas medicinas tradicionais, contrariamente ao que ocorre no esquema ocidental (Buchillet, 1991).

Voltando às reações adversas dos remédios, Nichter (1989) propõe distinguir os efeitos colaterais "negativos" dos "não intencionais": os primeiros, embora indesejáveis, seriam percebidos pelos doentes como relacionados de maneira funcional à eficácia do tratamento, uma fase necessária desta, ao passo que os segundos seriam vistos por estes como independentes. Sintomas como, por exemplo, vômitos ou manifestações cutâneas podem simbolizar para o doente a expulsão da doença do seu corpo (Etkin, 1988). Outros efeitos colaterais dos medicamentos podem, conforme visto, ser considerados como o indício de que se trata de outra doença e, portanto, de um erro de diagnóstico. Como se vê claramente, os efeitos colaterais dos medicamentos podem confirmar ou, ao contrário, redirecionar o diagnóstico e, em conseqüência, o tratamento (Etkin, 1992).

Além dessas reações adversas que podem conduzir o médico a mudar o tratamento, os remédios antituberculosos podem também causar alguns problemas menores, tais como, por exemplo, a coloração escura da urina ou da saliva ou a hipersensibilidade do doente à ação dos raios solares (MS, 1995). Embora menores, ao menos na concepção do médico, essas reações podem ter um impacto sobre a adesão do paciente ao tratamento, dependendo, em particular, do significado que lhe é atribuído por este último. Nachman (1993) mostrou que a coloração escura da urina causada pela Isoniazida é vista por muitos jovens imigrantes haitianos doentes de tuberculose, nos Estados Unidos, como o indício da perda de sua potência sexual.

Outros fatores importantes a levar em conta incluem a ausência de signo patognômico da tuberculose. Conforme visto, os sintomas considerados como evocadores da tuberculose, tais como a tosse prolongada, a hemoptise, a expectoração e a febre vespertina podem se encontrar e/ou ser atribuídos a outras doenças, como, por exemplo, bronquite, pneumonia ou gripe (Nichter, 1989; Rubel e Garro, 1992; Hinman, 1995). Cabe relembrar que a identificação das pessoas doentes (contagiosas) é um processo distinto da detecção dos comunicantes, sendo o diagnóstico inicial nas sociedades não-ocidentais, geralmente, elaborado pelo doente (auto-diagnóstico) com a eventual ajuda dos membros da família, da comunidade ou dos curandeiros tradicionais. Obviamente, tal diagnóstico inicial tem um impacto sobre a conduta terapêutica do paciente, podendo retardar a procura dos serviços de saúde e o diagnóstico ocidental de tuberculose.

Entre os outros fatores importantes a considerar, podemos citar o desaparecimento (geralmente em três ou quatro semanas) dos sintomas que

levaram à consulta, o que põe em questão o objetivo do tratamento e, portanto, a necessidade de segui-lo até o fim (Bergman e Werner, 1963, apud Earnest e Sbarbaro, 1996), assim como o fato das pessoas infectadas serem submetidas à quimioprofilaxia. Neste último caso, é difícil convencer alguém que não é "e nem se sente" doente sobre os benefícios da quimioprofilaxia, isto é, convencer que esta vai impedir a evolução da infecção em doença (Earnest e Sbarbaro, 1996).

As representações e as práticas locais em matéria de saúde e de doença

Elas também podem influir sobre a adesão ao tratamento. Os Desana do Rio Negro associam várias doenças tradicionais ao que os brancos chamam de tuberculose, todas com causalidades e tratamentos específicos. Tais doenças tradicionais (ou indígenas) assemelham-se mais ou menos às formas clínicas pulmonar e extrapulmonares da tuberculose reconhecidas pela medicina ocidental: haveria, assim, uma forma de tuberculose ganglionar, pulmonar, óssea, da garganta e laringe. Os Desana não associam, portanto, a tuberculose ao contato com os brancos, ao contrário de outras doenças infecto-contagiosas, como a gripe ou o sarampo, mesmo se as fontes históricas parecem apontar a introdução relativamente recente da tuberculose nessa região, no início do século XX (Biocca, 1963). Num trabalho dedicado aos fundamentos históricos e epidemiológicos da distinção estabelecida pelos Desana entre "doenças de índio" e "doenças de branco" (Buchillet, 1995), mostrei como a simbolização xamânica de quatro doenças infecciosas (malária, varíola, sarampo, gripe) baseava-se em parte no reconhecimento indígena de suas características epidemiológicas diferenciais, principalmente: endemicidade, cronicidade, necessidade de um vetor, associação com as variações sazonais do nível das águas, evolução relativamente crônica, longevidade do parasita, capacidade de latência e de reativação deste último no organismo humano (no caso do paludismo, considerado como doença indígena) versus caráter agudo e transitório, extrema virulência, curto período de incubação e de infecciosidade, necessidade de uma contigüidade física e temporal, poder de contagiosidade elevado, (no caso da varíola, do sarampo

e da gripe, todas consideradas como doenças de branco), etc. Assim, características epidemiológicas da tuberculose, como a endemicidade, a evolução relativamente crônica, a baixa contagiosidade, a possibilidade de recaída e a disseminação lenta nas sociedades humanas podem explicar porque os Desana a consideram como uma doença tradicional, isto é, uma doença que os afeta desde sempre.

Atribuem-na, além disso, à feitiçaria xamânica. Portanto, ela não é considerada contagiosa, já que, na concepção desana, a feitiçaria precisa ser endereçada a uma dada pessoa ou a uma comunidade para surtir efeito. Logicamente, as doenças atribuídas à feitiçaria são intransmissíveis (Buchillet 1997). Obviamente, essa concepção etiológica da tuberculose pode explicar o longo tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca dos serviços de saúde, além de questionar a validade dos procedimentos preventivos e terapêuticos preconizados pela medicina ocidental, em particular, o isolamento do doente, a quimioprofilaxia dos comunicantes e a padronização dos tratamentos (um tratamento idêntico para todos os doentes com diagnóstico ocidental de tuberculose). Outras sociedades diferenciam "tipos" de tuberculose, sendo cada um deles associado a fatores de risco específicos e, eventualmente também, a um sexo determinado. Um inquérito conduzido no Vietnã mostrou, por exemplo, a existência de quatro formas clínicas de tuberculose: uma primeira ("TB hereditária") transmitida de geração a geração por laços consangüíneos, uma segunda ("TB física") provocada pelo excesso de trabalho físico e atingindo, preferencialmente, os homens, uma terceira ("TB mental") resultado da ansiedade feminina e, por fim, uma quarta ("TB pulmonar") contagiosa, causada por microbactérias e atingindo preferencialmente os homens (Long et al, 1999). Os Tsawa de Botswana (África) diferenciam dois tipos de tuberculose, um "tradicional" e outro "ocidental", de acordo com as circunstâncias de aparição da doença e também da interpretação dos sintomas pelo curandeiro (Steen e Mazonde, 1999). Isto pode, embora não necessariamente, ter implicações para a conduta terapêutica dos pacientes (ibid). Os Tariana do Rio Negro também distinguem "formas" ou "tipos" de tuberculose: haveria, assim, várias doenças tradicionais que eles associam ao que os brancos chamam de tuberculose, todas atribuídas à feitiçaria e, portanto, não contagiosas, e uma forma de tuberculose pulmonar "branca", que foi introduzida pelos brancos, da qual eles reconhecem a natureza contagiosa e que se diferencia, basicamente, das outras formas pelo resultado do exame bacteriológico de escarro. Com efeito, enquanto nas

formas de tuberculose indígena o resultado é negativo (ou, como dizem os índios, "não acusa nada"), a baciloscopia é positiva na forma branca da tuberculose. Trata-se de uma concepção interessante quando se considera o número importante de baciloscopias negativas em doentes com diagnóstico de tuberculose pulmonar, bem como a possível confusão da tuberculose com outras doenças pulmonares micóticas suscetíveis de negativar a baciloscopia de escarro (a paracoccidiomicose e a blastomicose, em particular).

Embora reconhecendo a natureza contagiosa da tuberculose, certas sociedades podem ter concepções diferentes da medicina ocidental sobre os mecanismos e modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças, por exemplo, através do cheiro, da visão, da palavra, de emanações ou excreções corporais, da saliva, do sangue, do leite, do vento, da comida, do compartilhamento de utensílios de cozinha, do pisar na urina ou nas pegadas de uma pessoa doente. Cabe ressaltar que o reconhecimento da natureza contagiosa da tuberculose não impede associar-se ao mesmo tempo essa doença a outras causalidades, como, por exemplo, excesso de trabalho, suor, fumaça, resfriamento após o trabalho, exposição ao frio da noite ou ao vento, cansaço, pobreza, sujeira, desnutrição, ou a qualquer outro fator capaz de enfraquecer ou traumatizar o corpo, etc. Estas podem atuar seja como causas adicionais, seja como fatores predisponentes, isto é, que colocam a pessoa num estado de vulnerabilidade favorecendo o desenvolvimento da doença (Mata, 1985; Farmer et al, 1991; Nachman, 1993).

Por fim, certas sociedades não aceitam a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade,[8] mas somente entre pessoas estranhas à família biológica. Vale relembrar aqui que, devido aos requisitos necessários à transmissão da infecção tuberculosa (promiscuidade, duração, freqüência e intensidade dos contatos com uma pessoa contagiosa, casas insalubres, pouco ou mal ventiladas, etc.), a transmissão da doença ocorre, principalmente, no ambiente familiar. Dessa forma, a impossibilidade de contágio na família nuclear pode colocar em questão a conduta preventiva preconizada pela medicina ocidental (isolamento, quimioprofilaxia dos comunicantes). Gostaria de enfatizar, no entanto, que essa concepção de um tipo de barreira epidemiológica compartilhada pelos membros de uma mesma família não é generalizável a todas as sociedades,

8. É o "grupo (comunidade) de substância". Ver Seeger, Matta e Viveiros de Castro, 1987 sobre isso.

nem se aplica obrigatoriamente às doenças infecto-contagiosas. Entre os Desana, por exemplo, os parentes de uma pessoa picada por jararaca estão proibidos de qualquer contato físico com a vítima, sendo também submetidos a rigorosas proibições alimentares (da pimenta, do assado, etc.), já que sua simples proximidade física, assim como o consumo de certos alimentos ou de outros cozidos de determinadas maneiras, podem pôr em risco a vida da vítima, aumentando a dor no local da picada, e/ou acelerando a difusão do veneno pelo corpo do doente, em virtude, justamente, desse laço de consubstanciação. Nesse caso, como se vê, trata-se da inversão da concepção ocidental: não é a pessoa doente que é suscetível de afetar os parentes próximos sadios, mas estes últimos, em virtude dessa proximidade de substância, que podem piorar o estado do doente.

Em certos países, como na África, Filipinas, Haiti, Honduras ou no México, onde a tuberculose é socialmente estigmatizada, os doentes costumam negar o ser diagnóstico e o tratamento prescrito (Mata, 1985; Farmer et al, 1991; Barnhoorn e Adriaanse, 1992; Sumartojo, 1993; Nichter e Nichter, 1994; Jaramillo, 1996; Carey et al, 1997). O mesmo acontece na Índia ou no Paquistão: sendo essa doença um motivo de divórcio ou de repúdio da mulher, o diagnóstico de tuberculose pode ser negado por esta última ou retardar sua busca de cuidados de saúde (Barnhoorn e Adriaanse, 1992; Jaramillo 1996). Por fim, a palavra "tuberculose" é utilizada como insulto na Etiópia (Vecchiato, 1997).

Tais concepções, obviamente, têm importantes implicações para os profissionais de saúde no que se refere ao diagnóstico dos doentes, à detecção dos casos infecciosos (busca ativa) e ao tratamento. De fato, além de dificultar a adesão dos doentes às recomendações médicas, elas podem constituir um empecilho às atividades de busca ativa dos comunicantes na família de um paciente com diagnóstico ocidental de tuberculose, negando-se os doentes a conversar sobre seu diagnóstico (Kwan-Gett, 1998). Podem explicar, além disso, o comportamento de certos pacientes com sintomatologia respiratória compatível com um diagnóstico de tuberculose que se negam a fazer os exames bacteriológicos, não vão buscar os resultados e não começam o tratamento ou o interrompem (Mata, 1985).

As concepções locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica também podem ser determinantes. Entre os Desana do Rio Negro, por exemplo, a cura é, principalmente, baseada na recitação de encantações terapêuticas altamente formalizadas sobre líquidos ou plantas que lhes servem, essencialmente, de suporte material e de veículo para alcançar o doente,

mas podem, ao mesmo tempo, redobrar simbolicamente o efeito procurado na encantação (Buchillet, 1987, 1988, 1990). Essas encantações são repetidas várias vezes em seguida, sendo seu efeito quase instantâneo de acordo com a concepção indígena. Repetição imediata e efeito quase instantâneo das palavras xamânicas são dois elementos-chave da eficácia terapêutica. Portanto, a não-reação da doença ao tratamento empreendido é, geralmente, considerada como o indício de um erro no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento. Tal concepção pode, obviamente, dificultar a compreensão da racionalidade e da necessidade de um tratamento de longa duração, como, por exemplo, no caso da tuberculose. Conforme vimos, o tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses, sendo que a melhora nítida do paciente (desaparecimento dos sintomas) somente advém após três ou quatro semanas de tratamento.

Por fim, a percepção e o uso dos medicamentos são diferentes daqueles preconizados pela medicina ocidental. Numerosas sociedades, indígenas ou não, geralmente aplicam aos medicamentos os mesmos critérios de seleção e de uso dos remédios vegetais, ou seja, em função de uma característica física (forma, cor, textura, sabor, azedume, etc) desejada para o objetivo da cura.[9] Depois de se identificar suas características potencialmente aproveitáveis, os remédios poderão ser usados para tratar doenças diversas. Assim, as noções de posologia, de duração do tratamento e de adequação do medicamento a um tipo específico de sintoma ou de doença não têm nenhuma validade para muitas populações. Evidentemente, o uso inadequado de um medicamento não é isento de riscos para o doente e, dependendo da natureza da doença (tuberculose, por exemplo), também para a comunidade (Buchillet, 1997).[10] Certas populações, como no sudeste asiático, percebem o tratamento antituberculoso como sendo demasiado "forte" para o estado de "fraqueza interna" em que se encontra o doente, havendo, portanto, necessidade de ajustá-lo, reduzindo as doses prescritas ou tomando-o de maneira descontínua (Schultz, 1982; Shimada et al, 1995).

9. Ver, por exemplo, Buchillet (1987, 1998) para os Desana, Montagner-Melatti (1991) para os Marubo e Pollock (1994) para o Kulina.

10. Conforme vimos, o uso inadequado dos medicamentos pode provocar a reativação endógena da doença, favorece a continuidade da infecção e, portanto, a disseminação da doença na comunidade e, por fim, facilita a indução de resistência aos antibióticos e o conseqüente desenvolvimento no paciente de uma tuberculose multirresistente.

Cabe ressaltar, no entanto, que não se pode generalizar a influência das percepções etnomédicas sobre a observância terapêutica, nem inferir automaticamente delas o grau potencial de adesão ao tratamento dos doentes (Farmer et al, 1991; Menegoni, 1996). Embora importantes, elas não são os únicos fatores em jogo na conduta terapêutica dos pacientes e na adesão aos tratamentos. Fatores de ordem socioeconômica ou associados às estruturas de saúde precisam também ser averiguados. No entanto, é imprescindível a consideração das concepções e práticas locais em matéria de saúde e de doença. Elas afetam, em primeiro lugar, o comportamento do doente e o das pessoas à sua volta. Influenciam, em segundo lugar, a compreensão pelo paciente das explicações relativas à doença e ao tratamento e, a um nível mais geral, a receptividade das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental. Portanto, sua consideração permite prever as dificuldades potenciais de aceitação das condutas preventivas e terapêuticas preconizadas pela medicina ocidental, além de ajudar a delinear e implementar estratégias de intervenção fundamentadas no contexto sociocultural local.

Conclusão

Essas considerações deixam claro que o controle da tuberculose vai muito além de uma simples questão de infecciosidade ou de sensibilidade do doente a medicamentos específicos (CDC, 1994). Fatores de diferentes ordens podem influir no resultado dos esforços preventivos e terapêuticos: precariedade das estruturas de saúde afetando a qualidade dos diagnósticos, a disponibilidade e a distribuição dos remédios, a detecção e controle dos comunicantes, o acompanhamento e a supervisão dos tratamentos e, por parte dos doentes, a acessibilidade geográfica e a econômica; fraca adesão dos profissionais de saúde às normas e recomendações técnicas elaboradas pelos programas nacionais de controle da tuberculose e/ou pelos organismos internacionais (OMS, OPS) referentes à conduta diagnóstica, profilática e terapêutica; diferenças lingüísticas e socioculturais entre profissionais de saúde e pacientes afetando sua comunicação e relação; conhecimento inadequado relativo à tuberculose entre a população geral; fraca adesão ou abandono do tratamento pelos doentes, entre outros. Assim, para serem eficazes,

os programas nacionais de controle da tuberculose precisam, antes de mais nada, reconhecer que a tuberculose é um problema multifatorial, em que se cruzam e articulam políticas de saúde pública, características socioculturais das populações atendidas e dos serviços e profissionais de saúde, e comportamentos individuais (Freudenberg, 1995). Dessa maneira, as estratégias visando controlar a disseminação da tuberculose numa sociedade determinada devem levar em conta esses vários fatores. Considerando as características epidemiológicas e clínicas da tuberculose, assim como os requisitos para sua prevenção, tratamento e controle, fica também claro que as intervenções em matéria de diagnóstico, assim como a conduta profilática e terapêutica, devem ser socioculturalmente apropriadas, isto é, fundamentadas no próprio contexto local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, J. M.; PORTO, J. F.; SILVA, F. A. da. 1996. Controle da tuberculose em áreas indígenas. Experiência de uma nova abordagem em Água Branca – MT – Maio de 1996. *Revista de Saúde do Distrito Federal,* Out/Dez, v. 7, nº 4, p. 25-32.

BARNES, P. F.; BARROWS, S. A. 1993. Tuberculosis in the 1990s. *Annals of Internal Medicine,* Sept 1, v. 119, nº 5, p. 400-410.

BARNHOORN, F.; ADRIAANSE, H. 1992. In search of factors responsible for non-compliance among tuberculosis patients in Wardha District. India. *Social Science and Medicine,* v. 34, nº 3, p. 291-306.

BERGMAN, A. B.; WERNER, R. J. 1963. Failure of children to receive penicillin by mouth. *New England Journal of Medicine,* nº 268, p. 1334-1338.

BIOCCA, E. 1963. A penetração branca e a difusão da tuberculose entre os índios do Rio Negro. *Revista do Museu Paulista,* Vol. XIX, p. 203-212.

BUCHILLET, D. 1987. Personne n'est là pour écouter. Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Indiens Desana du Uaupés brésilien. *Amerindia,* nº 12, p. 7-32.

______. 1988. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Desana. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi,* v. 4, nº 1, p. 7-32.

______. 1990. Los poderes del hablar. Terapia y agresión chamánica entre los indios Desana del Vaupes brasilero. In: BASSO, E; SHERZER J. (Eds.). *Las Culturas Nativas Latinoamericanas a traves de su Discurso.* p. 319-354. Roma: MLAL; Quito: Abya-yala (Coleción 500 Años, nº 24).

______. 1991. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.* Belém: MPEG/UEP/Edições Cejup. p. 21-44.

______. 1995. Perles de verre, parures de blancs et "pots de paludisme". Épidémiologie et représentations desana des maladies infectieuses (haut Rio Negro, Brésil). *Journal de la Société des Américanistes* (Paris), tomo 81, p. 181-206.

______. 1997. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. *França-Flash Saúde,* abril-maio-junho, nº 11, p. 1-9.

______; GAZIN P. 1998. A situação da tuberculose na população indígena do alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública,* v. 14, nº 1, p. 181-185.

CABANA, M. D.; RAND, C. S.; POWE, N. R.; WI, A. W.; WILSON, M. H.; ABBOUD, P. A.; RUBIN, H. R., 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA,* october 20, v. 282, nº 15, p. 1458-1465.

CAREY, Jackson. 1996. Linguistic and cultural aspects of tuberculosis screening and management for refugees and imigrants. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region). *Proceedings of the First Mid year Conference on Tuberculosis e Migration.* p. 155-166. Chicago, III. Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march.

______; OXTOBY, M. J.; NGUYEN, L. P.; HUYNH, V.; MORGAN, M.; JEFFERY, M. 1997. Tuberculosis beliefs among recent Vietnamese refugees in New York State. *Public Health Reports,* v. 112, p. 66-72.

CDC/Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Core curriculum on tuberculosis.* What the clinicians should know. Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Prevention Services/Division of Tuberculosis Elimination. Atlanta: Georgia, Third edition.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário. 1995. *Dossiê: a agonia do povo Deni.* Brasília, 15 de novembro.

COIMBRA, C. E. V. 1989. *From shifting cultivation to coffee farming:* The impact of change on the health and ecology of the Suruí in the Brazilian Amazon. PhD. Dissertation. Bloomington, Indiana University.

COSTA, D. C. 1986. *Processo social e doença. Tuberculose em grupos indígenas brasileiros.* Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

DONOVAN, J. L.; BLAKE, D. R. 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine,* v. 34, nº 5, p. 507-513.

EARNEST, M.; SBARBARO J. A. 1996. Tuberculosis: Adherence to regimens and directly observed therapy. In: ROM, W. R.; GARAY, S. M. (Eds.), *Tuberculosis.* Boston: Little, Brown and Company. p. 927-934.

ESCOBAR, A. L.; COIMBRA, C. E. A. 1998. *Considerações sobre as condições de saúde das populações das áreas indígenas Pakaánova (Wari') e do Posto Indígena Guaporé.* Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia; Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 21 p. (Documento de Trabalho nº 1).

ETKIN, N. L. 1988. Cultural constructions of efficacy. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE S. R. (Eds.). *The Context of Medicines in Developing Countries.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. p. 299-306.

ETKIN, N. L. 1992. "Side effects": Cultural constructions and reinterpretations of western pharmaceuticals. *Medical Anthropology Quarterly,* v. 6, nº 2, p. 99-113.

FARMER, P.; ROBIN, S.; RAMILUS, S. L.; KIM, J. Y. 1991. Tuberculosis, poverty and "compliance": Lessons from rural Haïti. *Seminars in respiratory infections,* v. 6, nº 4, p. 254-260.

FNS/Fundação Nacional de saúde, 1996. *Tuberculose.* Número de casos por região para os años de 1994, 1995 e 1996 (Primeiro Semestre). Boa Vista: FNS (Distrito Sanitário Yanomami).

FREUDENBERG, N. 1995. Tuberculosis control for vunerable populations. In: Centers for Disease Control and Prevention (Ed.). *Improving tuberculosis treatment and control: an agenda for behavioral, social, and health services research.* Proceedings of Tuberculosis and Behavior: National Workshop on Research for the 21st century (1994 Aug 28-30, Bethesda MD). Atlanta: CDC. p. 35-46.

HINMAN, A. R. 1995. The role of behavioral research in tuberculosis prevention and Control. In: Centers for Disease Control and Prevention (Ed.). *Improving tuberculosis treatment and control: an agenda for behavioral, social, and health services research.* Proceedings of tuberculosis and behavior: National Workshop on Research for the 21st century (1994, Aug 28-30, Bethesda MD). Atlanta: CDC. p. 25-33.

HONG, Y.P.; KIM, S. J.; LEE, E. G.; LEW, W. J.; BAI, J. Y. 1999. Treatment of bacillary pulmonary tuberculosis at the chest clinics in the private sector in Korea, 1993. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease,* August, v. 3. nº 8. p. 695-702.

HUDELSON, P. 1996. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and lung disease,* v. 77, p. 391-400.

JACKSON, Caroll L. M.; GRAHAM, E.; JACKSON, J. C. 1995. *Beyond medical interpretation: The role of interpreter cultural mediators (ICMs) in building bridges between ethnic communities and health institutions. Selecting, training and supporting key outreach staff.* Seattle: Community House Calls.

JARAMILLO, E. 1996. Anthropological issues and their impact on tuberculosis control on developing countries. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region). *Proceedings of the first mid year conference on tuberculosis e migration.* p. 107-117. Chicago: Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march.

KWAN-GETT, T. S. 1998. The stigma of tuberculosis in refugee and immigrant communities. Clinical Pearls in Cross Cultural Medicine. *Ethnic Medicine Guide, Harborview Medical Center.* July/Aug. 1998 (versão eletrônica: *http://healthlinks.washington.edu/clinica/ethnomed/*).

LONG, N. H.; JOHANSSON, E.; DIWAN, V. K.; WINKVIST, A. 1999. Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Social Science and Medicine,* September, v. 49, nº 6, p. 815-822.

MATA, J. L. 1985. Integrating the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras. *Medical Anthropology,* v. 9, nº 1, p. 57-64.

MENEGONI, L. 1996. Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology.* v. 10, nº 3, p. 381-401.

MS/Ministério da Saúde; 1995. *Manual de normas para o controle da tuberculose.* Brasília, Ministério da Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação de Pneumologia Sanitária (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13).

MS/Ministério da Saúde. 1999. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose.* Brasília, Ministério da Saúde, 184 p.

MIRANDA, J. A. N.; HAUTEQUESTT, A. F. de; COSTA, D. C. 1988. A tuberculose no índio. *Saúde em Debate.* p. 24-25. Janeiro.

MONTAGNER-MELATTI, D. 1991. Mani Pei Rao: remédios do mato dos Marúbo. In: BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina Ocidental na Amazônia.* p. 463-487. Belém: MPEG/Edições Cejup/UEP.

NACHMAN, S. R. 1993. Wasted lives: Tuberculosis and other health risks of being Haitian in a U.S. detention camp. *Medical Anthropology Quarterly,* v. 7, nº 3, p. 227-259. Sept.

NICHTER, M. 1989. Lay perceptions of medicine: A South indian case study. In: NICHTER, M. (Ed.). *Anthropology and international Health. South Asian Case Studies.* p. 187-213. Dordrecht: Kluwer Academic Press.

NICHTER, M; NICHTER M. 1994. Acute respiratory illness: popular health culture and mother's knowledge in the Philippines. *Medical Anthropology,* v. 15, p. 353-375.

PERRONNE, C. 1995. Le traitement de la tuberculose. *Médecine thérapeutique,* v. 1, nº 1, p. 39-45.

POLLOCK, D. 1994. Etnomedicina Kulina. In: SANTOS, E. V.; COIMBRA, C. E. A. (Orgs.). *Saúde & Povos Indígenas.* p. 143-160. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

RACK, P. H. 1980. Ethnic differences in depression and its response to treatment. *Journal of International Medical Research,* nº 8, suppl. 3, p. 20-23.

RUBEL, A. J.; GARRO L. C. 1992. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Report,* v. 107, nº 6, p. 626-635.

______; MOORE, C. C. 1995. Recommended sociobehavioral research for more successful tuberculosis control. In: Centers for Disease Control and Prevention. *Improving Tuberculosis Treatment and Control: An agenda for behavioral, social, and health services research.* p. 47-52. Proceedings of Tuberculosis and Behavior: National Workshop on Research for the 21st century (1994 Aug 28-30, Bethesda MD). Atlanta, CDC.

SBARBARO, J.A. 1980. Public health aspects of tuberculosis: supervision of therapy. *Clinical Chest Medicine,* v. 1, p. 253-263.

SCHULTZ, S. L. 1982. How southeast asian refugees in California adapt to unfamiliar care practices? *Health social working,* v. 7, p. 148-156.

SEEGER, A.; DA MATTA, E.; VIVEIROS DE CASTRO, E. 1987. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: PACHECO DE OLIVEIRA F, J. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil.* p. 11-29. Rio de Janeiro: UFRJ/Marco Zero.

SHIMADA, J.; CAREY, Jackson J.; GOLDSTEIN, E.; BUCHWALD, D. 1995. "Strong Medicine": Cambodian views of medicine and medical compliance. *Journal of General and Internal Medicine,* v. 10, p. 369-374.

STEEN, T. W.; MAZONDE, G. N. 1999. Ngaka ya setswana, ngaka ya sekgoa or both? Health seeking behavior in Botswana with pulmonary tuberculosis. *Social Science and Medicine,* v. 48, p. 163-172.

SUDRE, P. 1993. Aspects contemporains de l'épidémiologie de la tuberculose. *Annales de l'Institut Pasteur/Actualités,* v. 4, nº 3, p. 225-231.

SUMARTOJO, E. 1993. When tuberculous treatment fails? *American Review of Respiratory Diseases,* v. 47, p. 1311-1320.

UPLEKAR, M.; RANGAN, S. 1993. Private doctors and tuberculosis control in India. *Tubercle and Lung Disease,* nº 74, nº 9, p. 225-231.

VECHIATTO, N. L. 1997. Sociocultural aspects of tuberculosis control in Ethiopia. *Medical Anthropology Quarterly,* v. 11. p. 183-201.